

★本日来院された理由に○を付けてください

- ① 妊娠かどうか → 検査薬で調べた いいえ
はい (月 日) 結果 (陽性・陰性)
※ 出産されますか? (はい・いいえ・検討中)
※ 分娩場所は (当院・里帰り・他院・未定)
- ② 生理の異常 (不規則・生理がこない・生理痛がひどい・量が多い・その他 _____)
- ③ 子宮がん検診
- ④ 出血がある (月 日から)
- ⑤ 子宮筋腫・卵巣のう腫
- ⑥ 下腹痛がある
- ⑦ 排尿痛・残尿感がある
- ⑧ おりものの異常 (量が多い・におい・色 (色))
- ⑨ 陰部の異常 (かゆみ・痛み・できもの)
- ⑩ 性病が心配
- ⑪ 不妊の相談
- ⑫ 更年期について (症状 _____)
- ⑬ 避妊の相談 (リング希望・低用量ピル・アフターピル)
- ⑭ 生理をずらしたい (避けたい時期 月 日 ~ 月 日)
- ⑮ その他 (_____)

★次の質問についてあてはまるものに○を付け、ご記入ください

1) 生理について

初潮	歳	閉経	歳								
最終月経	月	日	~	月	日	その前の月経	月	日	~	月	日
月経周期	順調		・	不順		日型					

- 2) 性交経験はありますか はい ・ いいえ
- 3) 妊娠歴 なし ・ あり

妊娠	回 (経膈分娩	回)	(帝王切開	回)	(流産	回)	(中絶	回)	(その他	回)
----	---------	----	-------	----	-----	----	-----	----	------	----
- 4) アレルギー 薬のアレルギー なし ・ あり (薬剤名 _____)
その他のアレルギー なし ・ あり (_____)
- 5) 今までに指摘された病気はありますか なし ・ あり

喘息	高血圧	糖尿病	心臓病	腎臓病	甲状腺疾患	精神疾患	貧血				
妊娠中毒症		その他 (_____)									
- 6) 服用している薬はありますか いいえ ・ はい (薬剤名 _____)
- 7) 手術を受けたことはありますか いいえ ・ はい (手術名 _____)
- 8) 輸血を受けたことはありますか いいえ ・ はい (時期・理由 _____)
- 9) 嗜好品について
 - ・タバコは吸いますか (いいえ ・ はい 本/1日)
 - ・飲酒はしますか (いいえ ・ はい 時々・毎日)
- 10) 1年以内に子宮がん検診を受けましたか いいえ ・ はい (年 月頃 ・ 不明)